

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

N°

240

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Charles COLOMBET

Né le 16 Septembre 1907 à Périgueux (Dordogne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RAPPORTS

DU

GOITRE EXOPHTALMIQUE

ET DE LA

GESTATION

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE. 2

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

N^o.

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Charles COLOMBET

Né le 16 Septembre 1907 à Périgueux (Dordogne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RAPPORTS

DU

GOITRE EXOPHTALMIQUE

ET DE LA

GESTATION

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2

1931



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médicale chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 SANMÉ Chimie biologique.
 BROCCQ Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT. . Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.

MM

LAROCHE(Guy) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN. . Anatomie pathologique.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI Neuro-psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 MILLOT. . . . Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Fils . Physiologie.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. . Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 REPTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physiologie.
 BUSQUET. . . Pharmacologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM		MM.	
ABRAVI . . .	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	MATHIEU. . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . .	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVY SOLAL. . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER. . . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeurs sans chaire.	) Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Education physique.
WEIL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-
pro-
bation*

A MES PARENTS

A MA FEMME

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu me donner le sujet de
cette thèse et me faire le très grand
honneur de la présider.*

A MON COUSIN

Le Docteur JEAN SÉGUY

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

*Qui a bien voulu me guider dans l'éla-
boration de cette thèse.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

L'influence qu'exercent l'une sur l'autre la maladie de Basedow et la gestation a été étudiée en 1921 par Fruhinsholz et Parisot. Le rapport de ces auteurs, dont le titre est « Des anomalies de la fonction thyroïdienne dans leurs rapports avec la gestation », fut présenté au deuxième Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française et aboutit, au sujet de l'association du goître exophtalmique et de la grossesse aux conclusions suivantes :

I. — L'association de la maladie de Basedow et de la gestation ne se rencontre que rarement.

II. — Lorsque survient une grossesse chez une basedowienne, l'influence de la gestation sur le goître exophtalmique peut s'exercer de trois façons :

Elle l'aggrave ;

Elle le laisse indifférent ;

Elle l'améliore.

— C'est ce dernier cas qui paraît se rencontrer le plus fréquemment.

III. — Il semble exceptionnel de voir la grossesse faire apparaître chez une hyperthyroïdienne un syndrome de Basedow.

IV. — La grossesse ne paraît pas influencée par une maladie de Basedow. L'évolution semble en être normale dans la plupart des cas. Il y a lieu, cependant, de noter la fréquence relative des intoxications gravidiques.

Dans le domaine de l'appareil mammaire la règle paraît être :

Développement mammaire ;

Abondance de la sécrétion lactée.

Tels sont les quelques points que l'on peut isoler du rapport de Fruhinsholz et Parisot.

Notre travail a pour but de réunir quelques observations parues depuis ce rapport, d'ajouter aux statistiques que donnent ces deux auteurs quelques statistiques plus récentes et d'étudier les faits concordant ou divergeant d'avec les conclusions que nous avons énoncées ci-dessus.

ETUDE CLINIQUE

La coexistence du syndrome de Graves-Basedow et de la grossesse est assez rare, de l'avis presque'unanime de tous les auteurs.

Andérodias n'en avait trouvé que trois cas en 1927. Beclère pas un seul. Mussey, Plummer et Boothby étudiant 5043 cas de goîtres exophtalmiques ne trouvent que 32 cas de femmes enceintes.

La maladie de Basedow, pour Leyland Robinson, se rencontre rarement avec la gestation du fait que les échanges toxiques, qui se produisent dans ce syndrome, affectent toutes les glandes endocrines et favorisent la stérilité. La même idée se trouve reprise par Serdjukoff pour qui la maladie de Basedow, en tant que manifestation d'auto-intoxication et de dyscrasie générale peut étiologiquement conditionner l'infécondité thyroéogène. Julich cependant, citant Folta, estime que « la conception chez les basedowiennes n'est pas très rare ». Gardiner Hill publie une statistique où, sur 31 cas, 17 femmes devinrent enceintes. Quatre de ces malades furent même plusieurs fois fécondées. Lequeux, du reste, à la discussion du rapport de Fruhinsholz et Parisot, s'était étonné « de voir l'ensemble des auteurs admettre la

rareté de l'association Basedow-gestation », beaucoup de femmes, en effet, présentent des signes frustes de goîtres exophtalmiques qui passent inaperçus durant le cours de leur gestation. Nous croyons à la rareté de l'association du syndrome de Basedow et de la grossesse, nous basant sur le fait que nous n'avons pu réunir que quatre observations de cette association dans le fonctionnement de la Clinique Baudelocque pendant un laps de temps de neuf ans.

Il paraît ressortir de l'examen des observations que nous avons pu rassembler, que les femmes atteintes de maladie de Basedow grave ne présentèrent pas de grossesses. Devinrent enceintes seulement celles qui ne présentaient que des syndromes frustes ou peu riches en symptômes de goitre exophtalmique.

Influence de la gestation sur la maladie de Basedow

L'action que peut avoir la gestation sur la maladie de Basedow est une question qui reste sans réponse nette.

1. — Amélioration de la maladie de Basedow par gestation.

Il semble que l'on puisse dire, venant confirmer les assertions de Fruinsholz que la grossesse influence heureusement la maladie de Basedow. Mussey, Plummer et Boothby, dans une étude qu'ils firent sur 32 cas de femmes enceintes porteuses de goitre exophtalmique,

estiment qu'une amélioration résulte le plus souvent de cette association.

Zoudek et Kocher affirment, eux aussi, que beaucoup de femmes basedowiennes supportent sans incidents, et même avec amélioration, la grossesse. Hymian et Kessel concluent de même après examen d'une série de 20 cas. Vermelin signale une malade dont le syndrome de Basedow préexistant à la gestation fut atténué par elle et reparut après l'accouchement.

Vignes cherche l'explication de cette amélioration dans un arrêt de développement du goitre exophtalmique et « dans une compensation bien établie entre l'intoxication thyroïdienne et la réaction de l'organisme ».

Gardiner Hill nous fournit une série de 19 cas : Dans 8 cas, une amélioration de la maladie de Basedow survint pendant la gestation et se maintint les années suivantes. Dans 9 cas, la grossesse eut une influence heureuse sur le goitre exophtalmique, mais les signes reprirent ensuite tels qu'ils étaient avant, après la cessation de la gestation. Dans les deux derniers cas, l'amélioration qui survint pendant la grossesse fut suivie d'hypothyroïdisme.

Il est intéressant de remarquer que l'amélioration s'observe surtout dans les grossesses conduites jusqu'à terme. L'interruption de la gestation, au contraire, paraît avoir une influence défavorable.

Gardiner Hill publie à ce sujet une observation particulièrement nette :

Une malade, enceinte de trois mois, avorte peu après

le début d'un goitre exophtalmique. Le traitement amène une nette amélioration et, à quelque temps de là, la malade présente une deuxième grossesse. L'évolution en est normale, mais se termine à terme par l'expulsion d'un enfant mort-né. Pendant la grossesse, on assiste à la disparition des signes du goitre exophtalmique, sans réapparition, jusqu'à ce que survienne une troisième gestation, qui se termine au bout de la neuvième semaine par un avortement. Les signes de la maladie de Basedow se manifestent aussitôt de nouveau. Encore une fois, on institue un traitement qui amène une guérison apparente. Une quatrième grossesse survint. L'évolution en fut normale ainsi que la terminaison qui se traduit par la naissance à terme d'un enfant vivant. La malade, yue pour la dernière fois un an après cette gestation, allait bien, son examen ne révélant aucun signe basedowien.

II. — Aggravation de la maladie de Basedow par la gestation.

Si, dans un certain nombre de cas, on voit l'aggravation du syndrome de Graves-Basedow par la grossesse survenir d'une façon inexplicable, il semble cependant que l'on puisse schématiser les cas d'aggravation de la façon suivante :

1° *L'aggravation du goitre exophtalmique se produit sous l'influence d'une grossesse riche en accidents d'auto-intoxication.*

Le développement d'une intoxication gravidique au

cours d'une grossesse semble assez fréquemment coïncider avec une aggravation de la maladie de Basedow. Il est possible d'ailleurs qu'il ne s'agisse dans ces cas que d'une intoxication favorisée par la déficience du rôle antitoxique de la thyroïde. Cette dernière façon de voir semble être celle de Paroli qui fait jouer un rôle peut-être excessif à la disfonction thyroïdienne dans l'apparition de l'albuminurie et de l'éclampsie.

Dans une observation d'Anderodias, nous voyons une femme atteinte de goitre exophtalmique présenter une nette aggravation de sa maladie à la suite de deux grossesses gemellaires. La mort de la femme survenue quelques mois après la deuxième grossesse semble être imputable en partie à cette même déficience du rôle antitoxique de la thyroïde, en partie à la gêne mécanique occasionnée par l'excès de volume de l'utérus.

2° L'aggravation du syndrome de Basedow survient sous l'influence mécanique de la gestation.

Il s'agit dans ces cas de maladies de Basedow graves en instabilité cardiaque. La grossesse a alors le même rôle aggravant que dans les cardiopathies et peut déterminer des accidents semblables à ceux que l'on voit survenir au cours d'un rétrécissement mitral : crises de tachycardie paroxystique, crises d'œdème aigu du poumon, etc...

C'est la manière de voir de Jülich qui prétend que dans un quart des cas les femmes enceintes porteuses de goitre exophtalmique meurent par insuffisance cardiaque.

Nous estimons en outre qu'un certain nombre d'avortements survenus au cours d'une maladie de Basedow relèvent de la même étiologie que ceux qui se produisent au cours d'un rétrécissement mitral. Et il est même vraisemblable que les cas d'avortements signalés comme suivis d'une aggravation du goitre exophtalmique sont en réalité des cas graves de maladie de Basedow dans lesquels la nature fait sa thérapeutique elle-même.

3° *Il semble que les goîtres secondairement basedowifiés soient plus volontiers aggravés par la grossesse que les goîtres exophtalmiques purs.*

Gardiner Hill tire un gros élément pronostic de cette basedowification secondaire sur 18 cas dans lesquels il a étudié les effets de la gestation sur les goîtres secondairement basedowifiés : il note une aggravation dans la grande majorité des cas.

Gætsch, allant même plus loin, incrimine la gestation dans la basedowification de certains goîtres.

4° *On sait que l'évolution ordinaire du goitre se fait par poussées successives.*

Il semble que la grossesse, même la plus normale, soit susceptible de déterminer ces poussées évolutives qui peuvent venir soit aggraver un syndrome de Basedow déjà nettement constitué, soit révéler des signes très atténués ayant jusque-là passé inaperçus. On peut dire que la gestation sensibilise encore davantage le corps thyroïde déjà lésé. C'est ainsi que Bonnaire, dans certains cas, donne un rôle important au froid.

Ces poussées évolutives, auxquelles les auteurs amé-

ricains attachent une grande importance, sont de durée extrêmement variable. Bar estime qu'elles cessent avec la grossesse. Cet auteur cite trois cas où l'on vit apparaître une poussée évolutive en cours de grossesse chez des femmes améliorées par une opération. Chez la première, l'ablation d'un lobe de la glande thyroïde deux ans auparavant n'a pas empêché l'apparition pendant la grossesse de tremblement et de tachycardie. — La seconde, à qui l'on avait enlevé la majeure partie du corps thyroïde neuf ans auparavant, eut de la tachycardie pendant la grossesse et une crise d'étouffement quelques jours après l'accouchement. — La troisième avait subi sept ans auparavant une ligature avec résection du goître et présenta du frémissement jugulaire pendant la grossesse.

III. — La gestation laisse indifférente la maladie de Basedow.

Un certain nombre d'auteurs n'accordent aucune influence à la gestation sur le syndrome de Graves-Basedow. Peut-être faut-il voir là des cas de décompensation légère où les besoins de thyroïde exigés par le fœtus suffisent à absorber le trop-plein fourni par l'hyperfonctionnement de la glande.

On peut donc dire, avec Fruhinsholz, que « *tout arrive* ». L'amélioration semble réunir le plus de suffrages et, de même que le faisait remarquer cet auteur dans son rapport de 1924, c'est dans ce sens que l'on trouve les observations les plus typiques. Il faut toutefois se mettre en garde sur le fait que les observations d'association basedow-grossesse sont d'inégales valeurs, c'est-à-dire

qu'elles ne correspondent pas toutes à un même point de gravité de la maladie. C'est probablement pour cette raison que l'on trouve des conclusions contradictoires.

Influence de la maladie de Basedow sur la gestation

Le fait intéressant à mettre en évidence est de savoir dans quel cas la grossesse paraît entravée dans son développement normal.

Quand on étudie cette question, il semble que des incidents arrivent au cours de la grossesse principalement dans deux circonstances :

I. — S'il s'agit d'une maladie de Basedow dont les premiers symptômes sont apparus depuis longtemps. En effet, outre la sévérité de l'atteinte, son ancienneté paraît avoir une grande influence sur la bonne évolution d'une gestation.

Les statistiques que publie Gardiner-Hill montrent nettement cette action inversement proportionnelle de la longueur de la maladie sur la grossesse. Sur 17 femmes enceintes, atteintes de la maladie de Basedow :

4 firent un avortement,

1, trois fois enceinte :

— mena à terme une grossesse, mais eut un enfant mort ;

— fit un avortement ;

— eut une grossesse normale ;

2 présentèrent chacune un avortement et une grossesse ;

1 accoucha à terme d'un mort-né ;

1 accoucha prématurément.

Toutes ces femmes étaient soumises à l'influence toxique du goitre depuis plus de trois ans. Le début du goitre ne remontait pas à trois ans chez les 8 dernières, qui présentèrent des grossesses normales.

L'auteur pense de plus que les quatre premiers mois de la grossesse sont les plus dangereux à passer, tous les avortements mentionnés dans sa statistique étant survenus dans ces quatre mois.

Il faut chercher l'explication des cas que nous venons de citer dans ce fait que l'ancienneté de la lésion entraîne des troubles importants de l'état général. Ce sont des femmes asthéniques, nerveuses, dormant peu et mal, maigrissant (une malade de Jülich maigrit de 10 kilogrammes en quelques mois), en un mot se trouvant en état de déficience générale. Elles ne sont donc pas capables de faire les frais d'une grossesse : elles accouchent prématurément, avortent, présentent des hémorragies de la délivrance. D'autre part, les moyens de défense de ces femmes sont diminués, et l'on comprend que ce que l'on appelle l'intoxication gravidique, sans vouloir préjuger de sa nature, trouve chez elles un terrain prédisposé. C'est alors que l'on observera : de l'albuminurie, de l'hypertension, des apoplexies utéro-placentaires, des crises d'éclampsie.

Ce sont des femmes qui sont d'autre part de mauvaises nourrices. L'ancienneté de la lésion semble agir

sur la lactation de la même façon que sur le cours de la grossesse.

Andérodias a fourni trois cas de goitre exophtalmique associé à une grossesse avec absence de montée laiteuse après l'accouchement :

Mme D., III pare, atteinte depuis deux ans de goitre exophtalmique avec tous les signes au complet. Grossesse laissant indifférente la maladie. Accouchement à terme d'un enfant vivant normalement constitué, mais impossibilité absolue d'allaitement.

Mme G., II pare, présente des signes de basedowisme depuis 4 ans. Accouchement prématuré à 8 mois. Accouchement se passant bien (enfant vivant) ; mais pas de montée laiteuse.

Mme X., 29 ans, goitre exophtalmique apparaissant au début de la première grossesse. La malade présente deux grossesses gemellaires aggravant toutes deux le syndrome basedowien. Pas une goutte de lait après les deux accouchements.

Dans un cas de Lequeux, où la sécrétion lactée resta nulle en dépit de tous les efforts (tétées prolongées, traitement opothérapique), la malade subissait l'influence toxique de son goitre depuis six ans. On peut aussi invoquer, pour expliquer cette absence de sécrétion lactée chez certaines basedowiennes, la dépendance directe indubitable qui existe entre la glande thyroïde et la glande mammaire. Nous pouvons citer à ce sujet une observation de Laffont :

Mme X ., 30 ans; I pare. Grossesse et accouchement normaux. Montée laiteuse difficile : on administre du lactéol et des extraits placentaires qui déterminent l'apparition d'une maladie de Basedow. L'arrêt de l'allaitement fait tout rentrer dans l'ordre.

II. — La grossesse semble encore entravée dans son développement s'il s'agit d'un goitre compliqué de lésions cardiaques.

Jülich nous donne une observation très nette de ce cas :

Ouvrière de 31 ans, présentant une cardiopathie à la suite d'une crise de rhumatisme articulaire aigu. Enceinte pour la troisième fois et porteuse d'un goitre exophtalmique apparu au cours de la deuxième gestation, exacerbation de tous les signes de basedowisme depuis le début de la troisième grossesse. Hyposystolie nécessitant l'évacuation de l'utérus.

Ces femmes ne sont plus des basedowiennes, mais des cardiaques et doivent être considérées comme telles. Leurs grossesses doivent être surveillées de la même façon que celles des maladies mitrales.

En dehors de ces deux grandes circonstances où l'on voit l'évolution de la gestation souffrir de la présence d'un goitre exophtalmique, la grossesse évolue sans incident et la lactation est normale. Nous n'avons en effet pas trouvé dans les observations que nous avons consultées l'augmentation de la sécrétion lactée que signale Fruhinsholz dans son rapport de 1921.

ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE

I. — Le problème du mariage chez les basedowiennes

Doit-on laisser une basedowienne se marier ?

Il est très difficile de donner une réponse nette et précise à cette question. Il ne paraît pas y avoir de critère sûr permettant de trancher pour ou contre. Bonnaire ne conseille le mariage qu'avec circonspection. Zoudek et Chowstek estiment qu'il n'y a pas de danger à laisser se marier des femmes présentant un goitre exophtalmique.

Novak, au contraire, déconseille nettement le mariage tandis que Jülich pense que la gravité de la question réside dans le fait que la maladie de Basedow est une maladie constitutionnelle, donc transmissible de mère à enfant, et prédisposante : il faut donc, pour ce dernier auteur, éviter le plus possible le mariage ; si celui-ci a lieu, éviter les grossesses, et dans l'intérêt de la mère et dans celui de l'enfant.

Il paraît logique d'examiner attentivement les points

suivants avant de permettre le mariage à une basedowienne :

1° Rechercher une hérédité familiale.

Il n'est pas très rare en effet de trouver chez des basedowiennes des parents ou arrière-parents porteurs de goitre exophtalmique. Il est intéressant aussi de rechercher l'hérédo-syphilis possible. Certains auteurs donnent une grande place à la syphilis héréditaire dans la constitution d'une maladie de Basedow.

2° Rechercher les poussées évolutives.

Il faut s'efforcer de savoir la date exacte du début de la maladie de Basedow. Si depuis cette date les poussées évolutives se sont suivies d'une façon rapprochée, on peut dire que l'on se trouve en présence d'un goitre exophtalmique grave en pleine évolution. Cette notion donne le droit de ne pas permettre le mariage.

Si au contraire on se trouve en présence d'une maladie de Basedow qui n'a pas tendance à progresser depuis 4 ou 5 ans, dont le goitre n'augmente pas de volume au moment des règles, on peut considérer que l'on a affaire à un goitre exophtalmique à évolution fixée et permettre dans ce cas le mariage.

3° Rechercher les signes cardiaques.

Comme nous l'avons dit plus haut, c'est la lésion cardiaque qui prime tout. On doit rejeter le mariage si la femme est sujette aux crises d'œdème aigu du poumon et de tachycardie paroxystique, en un mot si la lésion n'est pas bien compensée.

4° *Rechercher le degré d'atteinte de l'état général de la malade.*

La grossesse est extrêmement néfaste, souvent même fatale aux femmes très amaigries et qui se trouvent dans cette sorte de misère physiologique que l'on voit dans les maladies de Basedow graves. L'amaigrissement est avec l'insomnie, l'asthénie, un des gros éléments sur lequel on se basera pour permettre ou ne pas permettre le mariage.

5° *La recherche du métabolisme permettra d'apprécier le déséquilibre du fonctionnement thyroïdien.*

Un métabolisme basal anormalement élevé doit être regardé comme un élément défavorable à une gestation.

II. — Le problème de la gestation chez les basedowiennes

A. — *Quelle est la conduite à tenir devant une femme enceinte porteuse de goitre exophtalmique ?*

1° Il faut continuer le régime diététique et surtout médical de la basedowienne.

L'alimentation sera simple. Il faudra proscrire l'alcool et les aliments susceptibles de provoquer de l'hypertension.

Comme traitement médical, on peut donner : bromure ou valériane contre l'excitabilité nerveuse, chloral ou véronal contre l'insomnie. Le salicylate de soude à doses modérées tous les jours pendant des mois, avec

des intervalles de repos, a donné quelques bons résultats.

Il semble qu'on ne doive employer les iodures qu'avec modération.

On a préconisé le traitement opothérapique sous forme d'hémato-thyroïdine, d'extraits d'ovaire, de surrénale, d'hypophyse. Il faut chercher la médication adéquate par tâtonnement.

Mais c'est surtout la radiothérapie qui paraît avoir donné jusqu'alors les résultats les plus probants.

Il faut enfin joindre à tous ces traitements médicaux des soins stricts d'hygiène générale de la grossesse. Le sucre et l'albumine seront recherchés systématiquement dans les urines tous les quinze jours et même plus souvent vers la fin de la gestation. La tension sera prise fréquemment.

Toutes ces précautions combinées à un traitement sérieux doivent suffire à permettre la bonne évolution de la grossesse.

2° Que faut-il faire s'il survient, au cours d'une gestation, une poussée évolutive de la maladie de Basedow ?

Le traitement médical consistera surtout en rœlgen-thérapie. Beclère le préconise vivement.

Le traitement chirurgical doit être complètement rejeté de l'avis même de Kocher. Nous nous rangeons à l'opinion autorisée de cet auteur.

Le traitement obstétrical mettra en cause la possibilité d'interruption d'une gestation associée à une goitre exophtalmique.

Il semble que l'interruption thérapeutique de la grossesse ne soit justiciable que dans deux cas :

a) Lorsque l'état général s'altère, et que l'amaigrissement augmente ;

b) Lorsque l'on craint une défaillance cardiaque annoncée par des arythmies et des souffles orificiels.

Jülich nous fournit deux observations qui peuvent servir à illustrer l'un et l'autre cas :

Mme X..., I pare : Présentant un goitre exophtalmique net. Amaigrissement de 10 kgr. Mauvais état général. La malade est mise en observation, mais les signes généraux s'aggravent. On vide l'utérus. Bon résultat de l'opération.

Mme X., présentant une cardiopathie à la suite de R. A. A., III pare. Pointe du cœur dans le 6^e espace intercostal. Souffle présystolique de la mitrale et souffle systolique. Pouls à 100 irrégulier. Le traitement médical n'amène pas de régression. L'état du cœur s'aggrave. On vide l'utérus. Assez bon résultat de l'opération.

3° La basedowienne amène sa grossesse à terme et va accoucher : que faut-il faire ?

On doit tout d'abord la considérer comme une cardiaque et ne pas la laisser pousser. Il faut extraire le fœtus par forceps, pratiquer l'extraction du siège, etc...

On évitera ainsi, en même temps, les congestions mécaniques du goitre qui auraient pu survenir au moment de la période d'expulsion.

Enfin, si la femme présente une dystocie, même légère, on ne doit pas tenter l'épreuve du travail parce qu'il ne faut pas oublier que l'on a affaire à une malade

sensibilisée à l'infection et sensibilisée à la fatigue mécanique du cœur.

Il faut considérer la maladie de Basedow comme une dystocie surajoutée et terminer l'accouchement par voie haute.

OBSERVATIONS

Obs. I (ANDERODIAS). — Mme D., III pare, est atteinte de puis deux ans de goitre exophtalmique et se trouve enceinte de trois mois. Sans antécédents héréditaires ou personnels, bien portante jusqu'à trente ans, elle a accouché de deux enfants à terme qu'elle a nourris très facilement sans aucune fatigue. Vers l'âge de trente ans, sans cause appréciable elle commença à présenter des palpitations pour lesquelles elle consulta son médecin qui reconnut chez elle un début de goitre exophtalmique. Les phénomènes présentés ne firent que s'accroître progressivement, et quand elle fut enceinte de trois mois, il ne pouvait y avoir de doute sur la véracité du diagnostic.

Voici les symptômes qu'elle présentait : tachycardie variant de 110 à 130, sans arythmie, sans dyspnée ; cœur battant violemment, avec pulsations carotidiennes exagérées ; exophtalmie pas très accentuée, sans paralysie de la musculature ; corps thyroïde assez développé et tremblement assez léger, mais net. A côté de cela des troubles nerveux surtout psychiques, caractère sombre, insomnies, etc. . La grossesse était de trois mois : la malade fut revue tous les mois jusqu'à l'accouchement. Jamais son état ne se modifia ; aucun symptôme ne se trouva ni aggravé ni amélioré.

L'accouchement se fit dans des conditions très heureuses. Ni hémorragie, ni syncope, ni cyanose, ni palpitation. On comptait faire une application de forceps, elle fut inutile.

Suites de couches normales. Après l'accouchement, le pouls qui était monté jusqu'à 140 pendant le travail revint à 115, pour s'y maintenir. Allaitement impossible : pas une goutte de lait.

Le malade, perdue de vue, ne donna plus de ses nouvelles.

Obs. II (ANDERODIAS). — Mme G., trente et un ans, II pare, a été accouchée une première fois en mai 1914, après une grossesse normale. Accouchement et suites normaux. Mme G. nourrit son enfant pendant près d'un an. Vers 1916 ou 1917 elle a commencé à avoir des troubles cardiaques, qu'on a rapportés à une maladie de Basedow. Quelques temps après en effet, elle présentait des symptômes caractéristiques : augmentation de volume du corps thyroïde, exophtalmie, tremblement et considérable accélération du pouls ; le tout accompagné de troubles nerveux consistant en une irritabilité inhabituelle, une constante inquiétude.

A six mois, elle portait sa grossesse très allègrement, ayant seulement assez maigri. Le pouls oscillait entre 130 et 140, et la tachycardie s'accompagnait de gêne respiratoire et d'un peu d'angoisse. La malade devait accoucher au début de mai ; or, le 8 avril, c'est à-dire un mois avant terme, elle fut prise de douleurs et accoucha en moins de deux heures ; la période d'expulsion ne dura que quelques minutes seulement. Pendant le travail, le pouls monta à 160, sans que la malade en fût incommodée (pouls de l'enfant : 130 à 140). Pas d'hémorragie. Les jours qui suivent, le pouls retombe à 130 ; mais la température reste pendant plus d'un mois aux environs de 37°5 sans aucun signe d'infection. Pas d'allaitement possible, la malade n'ayant pas eu de montée de lait et n'ayant jamais pu donner plus de 5 grammes.

Depuis, la malade se porte bien, et la grossesse ne paraît avoir en rien aggravé le syndrome de Basedow.

Obs. III (ANDÉRODIAS). — Malade de 29 ans. Mariée depuis peu, enceinte de 1 mois 1/2. Très bien portante jusqu'à son mariage, avait depuis considérablement maigri et, depuis un mois et demi, apparition des symptômes de goître exophthalmique : tremblement, pouls à 130, goître, instabilité du caractère.

Le traitement par hémato-thyroïdine et rayons X (quelques séances) amène une amélioration

A 8 mois : Rupture des membranes. Accouchement de deux garçons de 2 kilogrammes environ. Scepticémie pendant quinze jours. Pas une goutte de lait. Un enfant succombe athrepsique à 2 ou 3 mois. On perd de vue la malade qui continue à se faire traiter.

Le 15 avril 1925 : grossesse de 2 mois. Etat général stationnaire.

En mai : Douleurs très violentes au niveau du corps thyroïde et du conduit auditif. Contraction des muscles pharyngo-œsophagiens : impossibilité de la déglutition des aliments solides et liquides. Au bout d'un mois, la malade peut manger de nouveau et reprend facilement. Amélioration des signes d'hyperthyroïdie.

On diagnostique une grossesse gemellaire qui se termine à 8 mois, Naissance de deux garçons de 2 kg. 400. Les suites de couches sont normales. Pas de lait.

Mme B., continue de bien aller jusqu'en janvier. A ce moment, les spasmes des muscles pharyngo-œsophagiens reprennent, étouffement, accélération du pouls à 160, mort en huit à dix jours de défaillance cardiaque.

Un des deux premiers enfants meurt à trois mois athrepsique. L'autre paraît hérédosyphilitique. Les deux derniers s'élèvent difficilement. On ne trouve de syphilis ni chez la mère ni chez les enfants ; cependant, un mois après la mort de la mère, les enfants sont mis dans une pouponnière et subissent le traitement anti-syphilitique. Ils paraissent s'en trouver bien.

Obs. IV (VERMELIN). — Primipare âgée de 30 ans chez laquelle l'affection ne fut reconnue que tardivement dans les suites de couches.

L'accélération du pouls avait fait songer à une localisation veineuse de l'infection utérine. Mais on put constater ensuite du tremblement, une exophtalmie légère, de l'augmentation de volume du corps thyroïde. Il s'agit vraisemblablement d'un syndrome préexistant à la gestation, atténué par elle et réapparu après l'accouchement.

Obs. V (LAFFONT). — Primipare de 30 ans. Commencement de la grossesse : mai 1922. Comme antécédents héréditaires : souche : neuro-arthritique, tante basedowienne. Comme antécédents physiologiques : troubles des règles. Réglée à 11 ans 1/2 pendant trois ans ; reprise à l'occasion d'un voyage à la mer. Règles de huit jours, tous les quinze jours. Dernières règles du 13 au 19 janvier. Grossesse normale, évoluant normalement. Accouchement à terme en novembre 1922. Montée de lait très difficile : le quatrième jour, 10 grammes de lait par sein.

On prescrit du lactagol et des extraits placentaires en cachets. Vers le dixième jour : 30 grammes de lait par sein.

Mais apparition de tachycardie, tremblement, exophtalmie, nervosité, fatigue et insomnie. Gonflement douloureux de la thyroïde.

Le traitement par hémato-thyroïdine et salicylate de soude est inefficace. La suppression de l'allaitement et des excitants de la lactation fait tout rentrer dans l'ordre.

Obs. VI (SAZIAS). — Femme de 26 ans, présentant une maladie de Basedow classique. Traitements médicaux inefficaces. La femme, mariée depuis plusieurs années, n'a pas d'enfant. On opère.

Deux mois après l'opération, la femme est enceinte. Naissance d'un enfant sain. L'allaitement est normal. Les signes

de goitre exophtalmique qui avaient disparu après l'intervention reprendraient peut-être au moment où est vue la malade pour la dernière fois.

Obs. VII (SAZIAS). — Femme de 35 ans présentant des signes frustes de basedowisme.

Les traitements médicaux restent vains. On opère.

Amélioration qui se maintient pendant la grossesse suivante.

Obs. VIII (DELESTRE). — Mme M..., âgée de 24 ans, a présenté, à l'occasion d'une grossesse, une recrudescence des signes d'une maladie de Basedow, avec des vomissements incoercibles, nécessitant l'avortement.

Obs. IX (DELESTRE). — Mme D..., âgée de 42 ans. Apparition d'un goitre exophtalmique au cours de la deuxième grossesse, dont l'évolution se fait normalement. La première grossesse avait été normale.

Obs. X (FABRE). — Il s'agit d'une malade dont les premiers troubles, remontant en 1924, furent des palpitations et des troubles intestinaux. L'examen est pratiqué en janvier 1925 et décèle de la tachycardie, du tremblement, de l'exophtalmie et un petit goitre. La radiographie du cœur et de l'appareil digestif est négative. La réaction de Goetsh se montre positive. L'injection de un demi-centimètre cube d'adrénaline à 1/1000 détermine une crise de tachycardie violente. On institue un traitement à l'hémato-thyroidine à doses progressives. Une amélioration du pouls se fait nettement sentir (Le pouls tombe de 120 à 90).

En août, la malade commença une gestation. On arrête le traitement. En octobre, la malade accuse « une sensation de bien-être qu'elle n'avait pas éprouvée depuis plus d'un an ». La tachycardie et le tremblement ont presque complètement

disparu. La grossesse évolue normalement et se termine par un accouchement à terme : naissance d'un enfant de 3 kilogs parfaitement constitué. Les suites de couches sont normales. L'allaitement est fait au sein de la mère.

Depuis l'accouchement, l'état se maintient satisfaisant.

Obs. XI (JÜLICH). — Jeune femme âgée de 22 ans, admise à la clinique le 3 janvier 1925. Réglée à 13 ans ; dernières règles le 13 octobre 1924. Quinze jours après apparurent : palpitations, augmentation du volume du cou, exophtalmie, tremblements, inquiétude, sueurs abondantes, chute des cheveux et amaigrissement de 10 kilogs.

La malade présentait de plus une grosse tachycardie avec un pouls à 116, faible, irrégulier. Tension artérielle 16 1/2-4 1/2. Les réflexes tendineux sont exagérés. L'utérus est antéfléchi, mou, augmenté de volume. Grossesse de quatre mois. Les urines sont normales. Une forte aggravation de l'état général, avec vomissements, dyspnée, oblige à mettre la malade au repos absolu.

Les signes empirant, on vide l'utérus le 14 janvier 1925. Il se produit une légère amélioration : l'agitation et la dyspnée disparaissent. Le pouls tombe à 88 ; la malade est de nouveau examinée 6 semaines après l'intervention.

L'état est très amélioré : tous les symptômes oculaires ont disparu. L'exophtalmie persiste encore un peu. La glande thyroïde est diminuée de volume. Le cœur est normal, le pouls ne battant plus qu'à 82. Tension artérielle 13 1/2-6. Réflexes rotuliens toujours exagérés. Le tremblement des extrémités reste encore net.

Obs. XII (JÜLICH). — Ouvrière de 31 ans. Frère mort de tuberculose. Père et sœur pulmonaires. Malade ayant fait en 1916, 1918, 1920, des séjours en sanatorium. A 18 ans : Crise de rhumatismes articulaires aigus, à la suite de laquelle s'est constituée une cardiopathie. La malade est

réglée à 16 ans ; les règles sont normales comme durée, mais très douloureuses. En 1919 et en 1920, elle fait un avortement spontané. En 1923, accouchement normal (L'enfant vit encore).

Dernières règles le 30 novembre 1924. Au mois d'octobre, la patiente présentait une maladie de Basedow, survenue probablement au cours de la deuxième grossesse. Le traitement chirurgical amène la régression des signes de basedowisme et la malade ne consulte plus personne pendant deux ans et demi.

Depuis que la malade est enceinte de nouveau, en 1925, elle voit se manifester de l'agitation, des palpitations, des sueurs, de la fatigue et des syncopes. L'exophtalmie existe à un degré moyen : Signe de De Graff typique. Signes de Moëbius et de Stellwag absents

L'examen du cœur révèle une pointe dans le sixième espace intercostal, souffle systolique et présystolique. Pouls à 100, irrégulier, inégal. Tension artérielle : 13-6 1/2. Réflexes patellaires et achilléens vifs. Tremblement net.

Utérus en antéflexion, permettant de porter un diagnostic de grossesse de deux ou trois mois. Urines normales B. W. = 0.

Après quinze jours de traitement et d'observations on ne voit survenir aucune amélioration de l'état général. La malade maigrit au contraire de 500 grammes.

On vide l'utérus. La malade revue un mois après l'intervention a grossi de deux kilogrammes. Les palpitations et l'agitation ont diminué. L'exophtalmie a régressé et le souffle présystolique a disparu.

Obs. XIII (INÉDITE). — III pare, âgée de 37 ans.

Avortement au cours du deuxième mois à une première gestation. B. W. = + + à cette époque.

Un traitement est institué au cours de la deuxième gesta-

tion qui se termine par l'accouchement spontané à terme d'un enfant vivant pesant 3000 grammes.

A la suite de ce deuxième accouchement, début de goitre exophtalmique traité d'abord deux ans par la radiothérapie sans résultat. La malade se fait opérer en Suisse en 1917 (Thyroïdectomie suivie d'une amélioration).

La troisième gestation est bien supportée (il ne persiste comme signes de goitre exophtalmique qu'un peu de tachycardie et de l'exophtalmie).

L'accouchement spontané se produit au voisinage du terme. Enfant vivant de 3150 grammes. Délivrance artificielle par défaut de décollement. Le placenta pesait 500 grammes.

Les suites de couches furent normales. Hecht + +.

Enfant en bon état.

Obs. XIV (INÉDITE). — Mme G..., âgée de 22 ans, entre à la clinique le 22 octobre 1927.

Antécédents héréditaires : Père décédé à la suite de tumeur de l'estomac.

Mère vivante bien portante, un frère bien portant.

Antécédents physiologiques : A marché à 18 mois. Réglée à 13 ans. Règles régulières, abondantes, douloureuses durant 8 jours.

Antécédents obstétricaux : 1^{re} grossesse en 1923, accouchement à terme d'un enfant du sexe masculin, bien constitué.

2^e grossesse en 1924. Accouchement à terme d'un garçon bien portant.

3^e grossesse en 1926, avortement à 5 mois.

4^e grossesse actuellement.

Mme G... présente un goitre exophtalmique, dont le début semble remonter à sa jeunesse, mais dont les manifestations ont surtout été nettes depuis la deuxième gestation.

Vers l'âge de 20 ans (1919) on notait déjà :

Exophtalmie, léger tremblement, tachycardie, troubles de caractère. Mais au cours de la deuxième gestation et surtout à la suite, l'exophtalmie s'accroît, l'augmentation du corps thyroïde se manifeste, des crises de tachycardie apparaissent. Le tremblement devient gênant. En même temps, l'état général est atteint.

Amaigrissement notable, trouble de l'appétit, caractère émotif, irritable.

En 1924, devant ces symptômes, la malade est envoyée à M. Ledoux-Lebard par son médecin, pour être traitée par la radiothérapie. Quatre séries de 10 séances de une demi-heure environ en 2 ans 1/2.

Depuis ce temps, et surtout depuis janvier 1927, grosse amélioration.

Actuellement, l'exophtalmie et le regard fixe sont les symptômes qui frappent le plus. La tachycardie est à 116. Les crises de tachycardie sont de plus en plus rares. L'hypertrophie du corps thyroïde a beaucoup diminué depuis quelques mois. Elle est peu visible à l'heure actuelle, mais encore nette à la palpation. Tremblement peu intense. L'auscultation du cœur permet de mettre en évidence l'éréthisme cardiaque ; pas de lésions orificielles. Pouls régulier. Tension artérielle : 14-7 au Pachon.

Appareil respiratoire : Quelques râles de bronchite.

Appareil digestif : Appétit capricieux, pas de diarrhée.

Réaction de Hecht pratiquée le 2 novembre 1927 : 00.

L'accouchement se fait normalement. Enfant du sexe féminin de 3400 grammes. Le travail avait duré 11 h. 20.

La période d'expulsion : 20 minutes. Poids du placenta : 600 grammes. Les suites de couches sont bonnes. La lactation paraît avoir été suffisante jusqu'au 16^e jour. On dut compléter ensuite par deux biberons par jour.

La malade quitte la clinique le 10 novembre en bon état avec un pouls à 80.

Obs. XV (*Inédite*). — Mme K., 26 ans, entre à l'hôpital le 1^{er} décembre 1927.

Antécédents héréditaires : Père mort à 49 ans, cardiaque. Mère morte à 53 ans.

Antécédents physiologiques : A marché à 9 mois. Réglée à 17 ans. Règles douloureuses durant 5 à 6 jours.

Antécédents obstétricaux : 1^{re} gestation en 1926. Accouchement à 8 mois. Enfant de 2 kilos, nourri au sein pendant 6 mois, actuellement bien portant. 2^e gestation actuelle.

Cette femme, porteuse d'un goitre depuis l'âge de 22 ans, est originaire des environs de Zurich. Il y a de nombreux goitres dans son entourage. Elle s'aperçoit de l'existence de son goitre en 1923 et fut soignée en Suisse en 1924 pendant un an par un traitement iodé qui amène une amélioration. Elle remarque que deux jours avant l'apparition de ses règles et pendant la période menstruelle, le goitre augmentait régulièrement de volume. Au moment de sa première gestation, en 1926, on note une augmentation légère de son goitre dès le troisième mois de sa gestation jusqu'à la fin de celle-ci. La femme se soumet à un traitement iodé. Un mois après l'accouchement, le goitre revient à ses dimensions antérieures. Allaitement pendant 6 mois. Aucun signe fonctionnel à noter pendant cette gestation ; en particulier, pas d'irritabilité du caractère.

Au moment où la malade entre dans le service pour sa troisième grossesse, on trouve :

Un goitre diffus, de consistance assez molle, symétrique. Très légère fixité du regard. Tremblement menu, très discret, des extrémités. La malade dit avoir observé ce tremblement depuis deux ans.

Pas de signe oculaire de goitre exophtalmique, à l'exception de celui du frontal.

Tachycardie légère : pouls à 90.

La femme attire l'attention sur son caractère devenu irri-

table, instable depuis un mois. Fait du reste noté par les personnes de son entourage.

Pas de crises de dyspnée ni de palpitation pendant la gestation.

Devant tous ces signes, on pense à un goitre en train de se basedowifier.

L'accouchement se produit au terme de 8 mois.

Durée du travail : 19 heures. Période d'expulsion : 10 minutes.

Enfant du sexe féminin ; poids : 2350 grammes. Placenta : 410.

Mme K. sort de la clinique le 15 décembre 1927, en bon état général, allaitant son enfant qui est, lui aussi, en bon état.

Obs. XVI (INÉDITE). — Mme D., âgée de 24 ans, entre à la clinique le 8 mars 1929.

Mère cardiaque. Père rhumatisant. 4 collatéraux, dont une sœur cardiaque âgée de 19 ans. Les autres sont bien portants.

Mme D. fut réglée à 15 ans. Présenta des convulsions dans la deuxième année. Une scarlatine à 7 ans. Et enfin une maladie de Basedow depuis un an environ.

1^{re} gestation en 1926 : accouchement à terme après un travail de 70 heures. Forceps : enfant bien constitué. Nourri au biberon, mort de méningite à 5 mois.

2^e gestation : actuelle.

Cette femme a donc vu, depuis un an environ, son cou augmenter de volume. En même temps, elle s'est sentie fatiguée, nerveuse, facilement irritable, avec un appétit capricieux et médiocre. Elle dit avoir maigri sensiblement, bien qu'elle ne se soit pas pesée. Règles régulières, douloureuses, mais pas abondantes. Les dernières règles remontent aux 25/28 mai. Le début de la grossesse est assez mal supporté : vomissements et troubles gastriques ; anorexie.

Après trois mois, les vomissements s'espacent, l'appétit revient ; mais les douleurs gastriques subsistent. La femme est très nerveuse, pleure souvent et est très irritable. Battements de cœur fréquents. Cet état persiste jusqu'à l'accouchement.

A l'examen physique :

- Femme de 24 ans, ayant assez bon aspect ;
- Augmentation légère du corps thyroïde.

Examen oculaire :

- Exophtalmie légère ;
- Strabisme convergeant peu accentué, datant de l'enfance ;
- Réflexes normaux ;
- Pas de troubles de la motilité.

Tremblement menu, rapide, des extrémités.

Pouls à 100 (rythme pris une heure après l'accouchement).
Cœur normal. Tension artérielle 8-11,1/2 (Vaquez).

Mme D... accouche le 8 mars après un travail de 18 heures.
Durée de l'expulsion : 15 minutes. Tout se passe normalement. Enfant de 3320 grammes. Poids du placenta : 430 gr.

Le 9 mars, l'examen du corps thyroïde montrait une très légère hypertrophie de la glande avec une masse arrondie, bien limitée, de la taille d'une petite noix, située dans le lobe droit, donnant l'impression d'un kyste.

Les signes d'hyperthyroïdie paraissent à ce moment extrêmement frustes. Pouls à 84, régulier. Il persiste un léger tremblement des extrémités. Exophtalmie à peine marquée. Les suites de couches sont normales et la malade sort bien portante de la clinique le 19 mars, allaitant son enfant, bien portant lui aussi.

CONCLUSIONS

I. — Le goître exophtalmique nettement caractérisé est d'habitude une cause de stérilité, mais la gestation n'est pas rare chez les Basedowiennes frustes ou récentes.

II. — Le goître exophtalmique est souvent amélioré par l'état de gestation, mais des poussées évolutives peuvent cependant survenir, en particulier s'il existe des signes d'intoxication gravidique. Il est d'ailleurs difficile de déterminer les rapports exacts de cause à effet entre ces poussées évolutives et ces signes d'intoxication gravidique.

III. — La marche de la grossesse et la qualité de la montée laiteuse semblent être fonction :

- a) de l'intensité de l'atteinte thyroïdienne ;
- b) de l'ancienneté de cette atteinte, même si celle-ci est légère ;
- c) de la préexistence ou de l'apparition d'un déséquilibre cardio-vasculaire.

IV. — Le traitement médical du goître exophtalmique doit s'accroître en cas de coexistence avec une gestation.

Le traitement chirurgical doit être écarté.

L'interruption thérapeutique de la gestation n'est à envisager qu'en présence :

1) D'une poussée évolutive intense et prolongée de la maladie de Basedow;

2) D'une hyposystolie progressive et irréductible.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président de la thèse
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

ANDÉRODIAS. — Gynécologie et obstétrique, t. IV, année 1921.

BAZAN J. F. — Thyroïdes et gestation (*Semana méd.*, Buénos-Aires, 1925).

BENZOLEA A. J., et BAZAN J. — Thyroïdectomy in case of toxic goiter complicating pregnancy, good result, normal delivery of normal child (*Bol. Soc. de obst. y gynec.*, 1929).

BOYS C.-E. — Goiter in pregnancy (*J.-M. Ch. M. Soc.* Grand Rapids, 1923).

BRAM. — Exophthalmic goiter in pregnancy (*Am. j. obst. and gynec.*, Saint Louis, 1922).

BUCH. — Intrathoracic goiter with recurrent respiratory interference during several pregnancies (*Hospital Stud.* 1929).

CARLONI F. — Effects of Experimental Hyper and Hypothyroïdisme on duration of pregnancy and development of fœtus (*Arch. di osteite. gynec.*, 1930).

CLUTE H.-M., et DANIELS. — Hyperthyroïdism in pregnancy (*M. Press*, 1930).

DAL COLLO BONARETTI MAR. E. — Morbo di Basedow e gravidanza (*Gazz. internaz. med. Clin.* Napoli 1925).

DALY P.-A. et STROUSE S. — The thyroid during pregnancy. Clinical observations (*J. Am. M. Ass.* Chicago, 1925).

DAVIDSON J. E. — Pregnancy complicating hyperthyroïdism, with report of case (*J. Iowa M. Soc.*, 1929).

DAVIS C. — Thyroïd hypertrophy and pregnancy, with da-

ta on basal metabolism and the calcium content of the blood. *J. Am. M. Ass. Chicago*, 1926).

DAVIS E.-P. — Hyperthyroidism in pregnancy *Prog. Med.*, Phila., 1923).

DEAN J.-R. — Goiter and pregnancy. (*Canada M. A. J.*, 1927).

DE BELLA E. — Sopra un caso di struma in gravidanza (*Rassegna d'obstet e gynec.*, Napoli, 1923).

DELESTRE. — Goitre exophtalmique et lésions utéro-annexielles (*Thèse de Paris*, 1921).

DEUTSCHMAN. — Placenta prævia in successive pregnancies as complication of exophtalmic goitre (*M. J. et Rec.*, 1928).

FABRE M. — Pregnancy in goiter patient, case (*Bull. soc. obstet. et gynec.*, 1926).

FALLS F. H. — Hyperthyroidism complicating pregnancy (*Northwest Med.*, 1929).

FAVREAU M. — La fonction thyroïdienne et la procréation (*J. de Méd de Bordeaux*, 1922).

GARDINER HILL H. — Pregnancy complicating Grave's disease (*Lancet*, 1919).

GARIPUY, LASSALE, SENDRAIL. — La participation fœtale et thyroïdienne dans l'élévation du métabolisme basal pendant la grossesse (*Gynec. et obstét.*, Paris, 1926).

GIBBON J. W. — Goiter during pregnancy (*South. med and Surg.*, 1928).

GOETSH. — Hyperthyroidism in pregnancy (*New-York State J. M. N. Y.*, 1921).

GROSSI. — Behavior off. Kottmann reaction in pregnancy and puerperium (*Ann. di ostet.*, 1929).

GUTIERREZ ALFARO. — Hiperthiroidismo y gestacion (*Rev. de Med y chir.*, Caracas, 1924).

GUTZEIT R. — Neber einen Fall von Insuffizienz der schilddrüse infolge schwangerschaft bei Kolloïdkropf (*Zentralbl., F. Gynaëk.*, Leipz., 1926).

HINTON J. W. — Hyperthyroidism in pregnancy (*Am. J. Obs. and Gynec.*, 1930).

JOB M. — Grossesse de 5 mois. Goitre. Cas (*Bull. Soc. d'Obstét. et de Gynéc. de Paris*, 1928).

JÜLICH. — Morbus Basedow und schwangerschaft (*Med. Klin.*, Berl. 1925).

KNAUS H. — Zur Schilddrüsenfunktion in der schwangerschaft (*Arch. f. Gynaëck*, Berl. 1923).

KNAUS H. — Die Beziehungen der schilddrüse zu den Weiblichen genitalorganen und zur schwangerschaft. Eine Experimentelle Studie (*Arch. f. Klin. Chir.*, Berlin, 1924).

KUNDE M. CARLSON A. J., PROUD I. — Influence of hyperthyroidism on gestation (*Am. J. Physiol.*, 1929).

LAFFONT. — Un cas d'hyperthyroïdie des suites de couches (*Bulletin Soc. d'Obst. et de Gynéc. Paris*, 1923).

LARINI O. — Exophtalmic goiter in pregnancy (case) (*Rasseg. d'Obst. e Ginec.*, 1929).

MADRUZZA G. — Thyroid Function in pregnancy (*Riv. ital. di gynecol.*, 1929).

MARINE D. — Influence of the thyroid gland on the increased heat production occurring during pregnancy and lactation (*Tr. Ass. Am. physic.*, Phila, 1924).

MAURIN Y. — Insuffisance ovarienne et goitre exophtalmique (*Journal de Médecine de Paris* 1923).

MUNRO Ramsay. — Administration of thyroid gland during gestation (*Edinburgh. Méd. J.*, 1924).

MUSSEY, PLUMMER, BOOTBY. — Pregnancy complicating exophtalmic goiter and adenomatous goiter with hyperthyroidism (*J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1926).

PAROLI G. — Thyroid function in albuminaria of pregnancy and in puerperial eclampsia (*Riv. Ital. di Gynec.*, 1928).

PLASS E. D. et YOAKAM W. A. — Basal metabolism Studies in normal pregnant women with normal and pathologic thyroid gland (*Am. J. Obst. and Gynec.*, 1929).

PIGHINI G. — L'Azione dei succhi tiroidei sul feto et sull'utero gravido (*Policlin.* Roma, 1925).

REYCRRAFT J. L. — Hyperthyroidism in pregnancy (*Obst. and gynec. soc. of the north of England*, 1922).

SABATINI G. — Puerperal infection with Thyroiditis ; case (*Boll. di soc. med. chir. di Modena*, 1929).

SAZIAS. — Thèse de Paris, 1925.

SCHÆFFER G. C. — Pregnancy complicated by thyroidism dysfunction (*M. Sentinel*, 1928).

SERDJUKOFF. — Sur les relations des glandes endocrines et de l'appareil génital chez la femme (*La Gynécologie*, 1927).

SLOAN E. P. — Role of thyroid in differencial development (*Am. J. Obst. and Gynec.*, 1930).

SPIRITO F. — Lo Stato della tiroide in gravidanza (*Med. Prat. Napoli*, 1923).

THOMSON G. I. — Basedow disease and pregnancy (*Odessky M. J.*, 1928).

VERMELIN H. — Syedrome de Basedow apparu dans les suites de couches (*Bull. Soc. obst. et de gynec. de Par*, 1921).

VIGNES E. — Corpo tiroide e gestazione (*Med. Prat. Napoli*, 1922).

VIGNES H. — Maladies du corps thyroïde et gestation (*Rev. gén. de clin. et de Thérap*, Paris, 1922).

VIGNES H. et CORNIL L. — Insuffisance thyroïdienne et stérilité (*Compte-rendu, Société de Biologie*, Paris, 1922).

WILLAMSON A. C. — *Am. J. Obst. et Cynec.* 1927.

WILSON and BOURNE. — Relation of thyroid to female pelvie organ. (*The Lancet*, 1922).

YDAKAM. — Thyroid gland in pregnancy (*Am. J. Obst. and gynec.*, 1928).

1931. Saint-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC.
